

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Mihael Kovačić

MIŠLJENJA STUDENATA
SESTRINSTVA O PACIJENTIMA S
ANOREKSIJOM NERVOZOM

Završni rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Mihael Kovačić

MIŠLJENJA STUDENATA
SESTRINSTVA O PACIJENTIMA S
ANOREKSIJOM NERVOZOM

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je izrađen na Medicinskom fakultetu Osijek u Osijeku.

Mentor rada: prof. dr. sc. Pavo Filaković, prim. dr. med.

Rad ima 32 stranica i 10 tablica.

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru prof. dr. sc. Pavi Filakoviću, prim. dr. med. na pomoći i vodstvu u osmišljavanju i pisanju ovog završnog rada. Hvala za svu pruženu pomoć, brze odgovore na poruke, razjašnjene nejasnoće i prijedloge koji su mi pomogli u pisanju.

Htio bih zahvaliti i izv. prof. dr. sc. Vesni Ilakovac na konzultacijama, savjetima i naputcima koji su mi pomogli da ovaj završni rad što uspješnije privedem koncu.

Hvala svim kolegama i prijateljima na pruženoj pomoći i podršci.

Posebno bih želio zahvaliti mojim roditeljima i obitelji na svojoj pomoći i razumijevanju koju su mi pružali, ne samo tijekom pisanja ovog završnog rada nego i tijekom cijelog mog školovanja. Hvala na pomoći, strpljenju, razumijevanju, riječima ohrabrenja te vjeri u mene u trenucima kada mi je bilo najteže.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Anoreksija nervoza.....	1
1.1.1. Epidemiologija	1
1.1.2. Etiologija	1
1.1.3. Dijagnostika	2
1.1.4. Klinička slika.....	3
1.1.5. Tijek i prognoza	4
1.1.6. Liječenje	4
1.1.7. Uloga medicinske sestre u liječenju	6
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	8
3. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA	9
3.1. Ustroj studije	9
3.2. Ispitanici	9
3.3. Metode istraživanja	9
3.4. Statističke metode	10
4. REZULTATI	11
5. RASPRAVA.....	21
6. ZAKLJUČAK	26
7. SAŽETAK.....	27
8. SUMMARY	28
9. LITERATURA.....	29
10. ŽIVOTOPIS	32

1. UVOD

1.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza je poremećaj hranjenja obilježen: gubitkom težine najmanje 15% od očekivane tjelesne težine, uznemiravajućim strahom od dobivanja težine, specifičnim dijetnim navikama koje preveniraju dobivanje težine, poremećenim načinom doživljaja tjelesnog izgleda i tjelesne težine kao i ukupne mentalne predodžbe sebstva. Poremećaj ima potencijalno životno ugrožavajući učinak i trajne psihičke posljedice(1).

1.1.1. Epidemiologija

Anoreksija nervoza najčešće se viđa u adolescentnoj skupini, no nije ograničena isključivo na tu dobnu skupinu. Može se javljati i u djetinjstvu, ali i kod starijih osoba (1). Incidencija anoreksije nervoze raste u posljednjem desetljeću s tendencijom pojavljivanja u djevojčica adolescentne dobi kod koji je čak 20 puta u češća nego kod dječaka iste dobi. Najčešće se javlja između 10. i 30. godine života, a čak 80% oboljelih staro je između 13 i 20 godina (2). Jedan od čimbenika koji utječu na pojavljivanje anoreksije nervoze jest razvijenost zemlje. Incidencija je daleko veća u industrijski razvijenim zemljama te u određenim profesijama čiji se posao uvelike temelji na privlačnom fizičkom izgledu, kao što su primjerice plesači, modeli, glumci, gimnastičari (1).

1.1.2. Etiologija

Teorije o uzroku nastanka anoreksije nervoze uglavnom nisu potkrijepljene dostatnom količinom dokaza te stoga izravan uzrok nastanka nije poznat. Najvjerojatnije se radi o multifaktornoj etiologiji koja uključuje biološke, psihološke i socijalne faktore (3,1).

Kada govorimo o biološkim faktorima, neka istraživanja pokazuju kako postoji mogućnost genetske predispozicije te je dokazana učestalija pojavnost u rođaka prvog stupnja (1). Također, studije na blizancima ukazuju na veću učestalost pojavljivanja kod jednojajčanih blizanaca nego kod dvojajčanih (2). Postoji i pozitivna korelacija anoreksije nervoze sa

shizofrenijom. Istraživanja pokazuju kako se slična genetika, manifestacije i procesi javljaju kao podloga u oba stanja (4).

Kada govorimo o psihološkim faktorima, psihoanalitički koncept govori kako anoreksija nervoza nastaje kada se inhibira seksualni nagon. Adolescentice koje ne mogu podnijeti razvojne zahtjeve i zahtjeve genitalnog sazrijevanja regrediraju na primitivnije razvojne razine u kojima je oralna nagrada povezana sa seksualnim zadovoljstvom te se odbijanje uzimanja hrane javlja kao način obrane od oralnih seksualnih sanjarija (2). Neka od psiholoških objašnjenja anoreksije nervoze temelje se na Freudovoj teoriji kako uzimanje hrane može biti zamjena za izražavanje seksualnih žudnji (3). Psihopatologija majke također je jako važan faktor jer majčina negativna emocionalna ekspresija i pritisak na gubitak težine mogu igrati bitnu ulogu u nastanku anoreksije nervoze (1).

Kada govorimo o socijalnim faktorima, anoreksija nervoza bila je subjekt mnogih istraživanja koja su pokazala kako se ona češće javlja u zemljama gdje je izražena promocija mršavosti kao ideala ženske ljepote. Takav oblik kulturološkog ponašanja može biti uzrok, okidač ili možda samo neka vrsta markera koji određuje u kojem društvu anoreksija nervoza ima veću vjerojatnost pojavljivanja. Najčešće se radi o zapadnjačkim, razvijenijim zemljama (4). Povećanje incidencije anoreksije nervoze u siromašnijim zemljama ukazuje na društveni prijelaz povezan s industrijalizacijom, prihvaćanjem „zapadnjačkog“ načina života, prehrambenih navika i internalizacijom mršavosti kao ideala ljepote (5).

1.1.3. Dijagnostika

Anoreksija nervoza некоć se klasificirala po DSM-4 kriterijima, no uočena je potreba prijelaza na DSM-5 klasifikaciju iz nekoliko razloga. Kao prvo, kako bi se prevenirala rezidualna dijagnoza nespecifičnog poremećaja hranjenja. Nadalje, po DSM-5 kriterijima amenoreja je postala relativno siguran simptom s obzirom da se posljednjih godina anoreksija nervoza sve više pojavljuje u preadolescentne djece, adolescentica na hormonalnoj kontracepciji i muškaraca. Također, po DSM-5 klasifikaciji gubitak 15% tjelesne težine kao dijagnostički kriterij odnosi se samo na odrasle, a kada se govori o tjelesnoj težini maloljetnika, koristi se deseta percentila (6). Kod odraslih se kao dijagnostički parametar može koristiti i nizak BMI (7). Potrebno je postaviti i diferencijalnu dijagnozu sa stanjima poput: zloćudne novotvorine, infekcije citomegalovirusom, poremećaja spontane povećane motorike crijeva, kroničnih upalnih crijevnih bolesti poput Chronove bolesti i ulceroznog kolitisa, osteoporoze i slično (1).

1.1.4. Klinička slika

Od općih znakova prisutni su umor, slabost, loše podnošenje hladnoće, hipotermija i kaheksija. U tekućinama i elektrolitima mogu se javljati hipokalcemija, hipokalemija, hiponatrijemija, hipofosfatemija, hipomagnezijemija te dehidracija. Pri pregledu može se pronaći mnoštvo problema u mnogim tjelesnim sustavima: kardiovaskularnom (bradikardija, hipotenzija, akrocijanoza, periferni edemi, nepravilan EKG ritam, aritmija, smanjena debljinu ventrikularnog zida, prolaps mitralnih zalistaka, perikardijalni izljevi te zastoj srca), respiratornom (smanjen pulomalni kapacitet, respiratorna insuficijencija, pneumotoraks te pneumomediastinum), gastrointestinalnom (preuranjen osjećaj sitosti, osjetljiv epigastrij, zatvor, zakašnjenje pražnjenja želuca, smanjena pokretnost gastrointestinalnog trakta, pankreatitis, abnormalna funkcija jetre te žučni kamenci), endokrinom (hipoglikemija, hipotalamični hipogonadizam, usporen rast i razvoj, zakašnjeli pubertet te povišene razine kortizola), genitourinarnom (amenoreja, atrofija dojki, atrofični vaginitis, atrofija testisa, neplodnost, komplikacije trudnoće, akutno zatajenje bubrega te nefrogeni dijabetes insipidus), mišićno-koštanom (osteoporoza, prijelomi te miozitis), pokrovnom (suha koža, sporo cijeljenje rana, alopecija, lanugo, bljedoća te karotenoza), neurološkom (atrofija kore velikog mozga, sinkopa, periferna neuropatija te razna kognitivna oštećenja poput oštećenja pažnje, koncentracije, sposobnosti planiranja, vizualno-asocijativnog učenja itd.). Pri psihijatrijskom pregledu mogu biti prisutni izoliranje od bilo kakvog oblika afekta, anksioznost, odlike osobnosti grupe C (grupe čije su glavne karakteristike osobnosti strah i anksioznost), odlike opsesivne kompulzivnosti, psihomotorna i kognitivna usporenost te suicidalne misli (8). Značajni simptomi su nisko samopouzdanje, iritabilnost, nošenje široke odjeće, izražavanje želje da jede sam/-a, „igranje“ hranom kada jede u prisustvu drugih kako bi se izbjeglo konzumiranje danog obroka, verbalizacija nezadovoljstva vlastitim tijelom, verbalizacija želje za daljnjim mršavljenjem i kritiziranje vlastitoga tijela, vaganje nekoliko puta na dan, stalno računanje kalorijske vrijednosti svakog obroka, vođenje dnevnika o kalorijskom unosu hrane i slično (9).

Anoreksija nervoza manifestira se u dva oblika: ograničavajući tip i tip s prejedanjem i čišćenjem.

- Osobe koje imaju ograničavajući tip mršave ukidanjem slatkiša i ugljikohidrata, kao i svega onoga što mediji spominju kao nezdravo ili opisuju kao namirnicu koja deblja, često se dovodeći do ruba toga da jedva išta i jedu (10).

- Osobe koje boluju od tipa s prejedanjem i čišćenjem karakterizira prejedanje praćeno povraćanjem, a razlika u usporedbi s bulimijom nervozom, koju karakterizira isti tip ponašanja, jest to da tijekom ovakvih epizoda osoba s anoreksijom nervozom može biti i uredne težine iako je najčešće značajno pothranjena, dok osoba s bulimijom nervozom može biti i pretila (11). Osoba koristi purgativna sredstva, laksative, diuretike, dijetne tablete, kapsule, čajeve, napitke i slično, a često i ekscesivno vježba i bavi se fizičkom aktivnošću (10).

1.1.5. Tijek i prognoza

Tijek može biti epizodičan, fluktuirajući te deteriorirajući. Kod epizodičnog tijeka do oporavka može doći spontano ili nakon primjene terapije. Fluktuirajući tijek karakteriziran je razdobljima dobivanja na tjelesnoj težini i razdobljima ponovne pojave simptoma. Deteriorirajući tijek najrizičniji je te se pod takvim tijekom smatra tijek bolesti koji ima visok rizik za letalan ishod.

Prognoza uvelike ovisi o BMI-u, trajanju prisutnih simptoma, nastupu bolesti, trajanju bolničkog liječenja te o odnosima unutar obitelji oboljeloga. Slabu prognozu imaju oboljeli koji konzumiraju alkohol, imaju izrazito nizak BMI te komorbidne poremećaje poput suicidalnog ponašanja, autoagresije te afektivnih poremećaja. Kod polovine pacijenata dođe do potpunog oporavka, četvrtina ostaje mršava, petina iscrpljena, a 10% ih ili zadobiva prekomjernu težinu ili umire kao posljedica gladovanja (1).

1.1.6. Liječenje

Ukoliko oboljela osoba ima psihijatrijski rizik, a pod time se misli na suicidalnost i psihotične simptome, ili tjelesne simptome, a ambulantni tretman ne pokazuje uspješnost, stanje zahtjeva bolničko liječenje. Liječenje se sastoji od psihoterapije i farmakoterapije, a razvijaju se i nutricionistički oblici terapije i oblici terapije poput psihobiološke i neurobiološke terapije (1,5).

U provedbi psihoterapije vrlo važnu ulogu ima obitelj. Maudsley model prvi je put primijenjen 1980. u Maudsley bolnici u Londonu. Kasnije su ovaj model obiteljske terapije preinačili i poboljšali brojni kliničari. U ovom obliku terapije roditelji u početku imaju ulogu kontrole djetetove prehrane i dobivanja na težini, a s vremenom postupno prepuštaju djetetu sve veću odgovornost za njegovu prehranu sve dok ono ne preuzme odgovornost u potpunosti. Kraj liječenja karakteriziran je usmjerenošću pažnje na djetetov psihološki razvoj

i zdravlje. U grupnoj obiteljskoj terapiji obitelji razmjenjuju iskustva koja omogućuju drugim članovima grupe da dobiju nova viđenja bolesti što može poboljšati oporavak. Također, sastanci s drugim obiteljima pomažu prekinuti socijalnu izolaciju u kakvu se oboljeli stavljaju te facilitiraju stigmatizaciju obitelji oboljelih (12). Žarišna psihodinamska psihoterapija zasniva se na 40-satnom izvanbolničkom programu za relativno bolesne pacijente. U danom vremenu pacijent vodi borbu s pitanjima identiteta i vlastitih granica te se nakon toga koristeći standardizirani dijagnostički intervju pronalaze relevantna psihodinamska žarišta. Zatim slijedi liječenje u tri faze: u prvoj fazi fokus se stavlja na terapijsko zajedništvo, proanoreksična ponašanja, egosintonična uvjerenja i samopouzdanje; u drugoj fazi liječenja fokus je na važnim odnosima i poveznicama interpersonalnih odnosa i ponašanja povezanog s hranom, a značajan aspekt treće faze su prijenosi interakcija između pacijenta i psihijatra na svakodnevne situacije, iščekivanju kraja liječenja i razdvajanja (5). Interpersonalna psihoterapija jest suportivna psihoterapija ograničena vremenskim okvirom koja potiče pacijenta da ponovno uspostavi kontrolu vlastita raspoloženja i funkcioniranja te se koristi kod tipa anoreksije nervoze s prejedanjem i čišćenjem. Ovakav je tip terapije nov, a u nekoliko provedenih studija pokazao je značajno poboljšanje u samo 30% pacijenata (12).

U farmakoterapiji najčešće se koriste antipsihotici kako bi se liječila anksioznost (ukoliko je prisutna) i antidepresivi, kako bi se liječilo depresivno komorbidno stanje te opsesivno-kompulzivni i afektivni simptomi (13,1). Od antidepresiva najčešće se koriste triciklički antidepresivi, poput amitriptilina i klompramina te selektivni inhibitori reapsorpcije serotonina, poput floksetina i citaloprana (13).

U unutarbolničkom okruženju nutricionisti igraju vrlo važnu ulogu kao dio multidisciplinarnog tima. Pacijenti koji su znatno pothranjeni moraju biti na bolničkom liječenju. Nutricionist prvo mora pravilno procijeniti kakvoću unosa hrane i tekućine i dokumentirati to uz težinu prije početka terapijskog procesa, a potrebno je i opisati tijek pacijentova mršavljenja. Zatim, uzimajući u obzir dobivene podatke, pacijentovu dob, somatske komorbidete i ozbiljnost pacijentova obrasca ponašanja usmjerena na mršavljenje, nutricionist izrađuje plan regulacije prehrane pomoću kojega predviđa dobivanje na težini od 500 do 1400 grama tjedno. Prema međunarodnih smjernicama, u odraslih pacijenata s anoreksijom nervozom terapija treba započeti unosom 6000 kJ/dan, što je približno 1430 kcal. Svaka tri dana potrebno je povećati unos za 2000 kJ/dan, što je približno 480 kcal, sve dok se ne dosegne pacijentove potrebe s obzirom na stanje. Regulacija elektrolita obavezna je, pogotovo na početku liječenja. Pacijent treba uzimati 500 mg fosfata dva puta dnevno i 100

mg vitamina B1 dnevno barem tijekom prvih sedam dana. Također koriste se i razni visokokalorični napitci (5).

Mnoštvo stručnjaka slaže se kako je potrebno razviti nove načine liječenja kako bi se poboljšale prognoze i krajnji rezultati liječenja, osobito kada su u pitanju oboljeli odrasli. Novorazvijeni i još nedovoljno istraženi oblici liječenja zasnivaju se na ciljanju na specifične mehanizme nastanka bolesti. Od psihobioloških oblika liječenja najistaknutiji je takozvana terapija kognitivne sanacije koja je do sada u nekoliko studija pokazala znatno poboljšanje u kvaliteti života nakon završetka terapije. Od neurobioloških oblika liječenja najistaknutiji su duboka cerebralna stimulacija, repetitivna transkranijalna strujna stimulacija te transkranijalna izravna strujna stimulacija. Ovakva liječenja pokazala su poboljšanje simptoma anoreksije nervoze i njenih komorbidnih stanja, poput obuzeto-prisilnog poremećaja i depresije (5).

1.1.7. Uloga medicinske sestre u liječenju

Uspostavljanje odnosa povjerenja i empatije s oboljelim od vitalne je važnosti za ishod liječenja budući da oboljeli od anoreksije nervoze kvalitetan suradnički odnos vide kao srž svog liječenja i očekuju da ih zdravstveni djelatnici razumiju i ne stigmatiziraju. Odnos medicinske sestre i pacijenta važan je u razvoju pacijentova samopouzdanja što se reflektira u bržem oporavku. Medicinska sestra ima važnu ulogu u pregovaranju između pacijenta i ostatka tima jer ona provodi najviše vremena s pacijentom (14). Budući da liječenje zahtijeva da se pacijent suoči sa svojim najdubljim, najbolnijim i najtraumatičnijim mislima i osjećajima, podrška pacijentu može biti iznimno emocionalno iscrpljujuća za medicinsku sestru, osobito kada su prisutna komorbidna stanja poput depresije, obuzeto-prisilnog poremećaja i slično (15). Uspostavljanje kvalitetnog odnosa i shvaćanje oboljelih zahtijeva dodatna znanja na specijalističkoj razini te se stoga predlaže da medicinske sestre koje rade s oboljelima od anoreksije nervoze prođu napredan oblik obrazovanja usmjeren na edukaciju za rad s ovom grupom pacijenata (16). Učenje motivacijskih intervju-tehnika može pomoći medicinskoj sestri kako bi znala odabrati pravilan pristup osjetljivim temama s oboljelima, kao što su hrana i tjelesna težina. Posebna sposobnost koju medicinska sestra može naučiti jest kroz razgovor suptilno i neprimjetno usmjeriti pacijenta da donese ispravne odluke za svoje liječenje misleći da je te odluke donio potpuno autonomno i bez ičije pomoći (15).

U procesu zdravstvene njege velika pažnja pridaje se nutritivno-metaboličkom obrascu i obrascu samopercepcije, no problemi se mogu pronaći posljedično i u mnogim drugim

obrascima zdravstvenog funkcioniranja (17). U daljnjem tekstu nabrojane su neke od čestih sestrinskih dijagnoza kod oboljelih od anoreksije nervoze:

- *Poremećaj obrasca prehrane (pothranjenost) u/s odbijanja hrane, nedostatnog unosa kalorija.*
- *Dehidracija (umjerena) u/s pojačanog gubitka tekućine i elektrolita, 2° pretjerani gubitak tjelesne težine.*
- *Poremećaj samopoštovanja u/s osjećaja manje vrijednosti i nesposobnosti suočavanja s vlastitim životom.*
- *Visok rizik za samoozljeđivanje u/s niskog stupnja samopoštovanja, osjećaja samookrivljavanja, hipersenzibilnosti, pogrešne percepcije vlastitog tijela, promjenjivog raspoloženja.*
- *Poremećaj poimanja sebe u/s iskrivljene percepcije osobnog tjelesnog izgleda.*
- *Visok rizik za oštećenje integriteta kože u/s manjka proteina, vitamina, dehidracije, anemije.*
- *Socijalna izolacija u/s gubitka osobnosti, straha od ljudi.*
- *Smanjeno podnošenje napora u/s fizičke slabosti 2° malnutricije.*
- *Poremećeni obiteljski odnosi u/s osjećaja bespomoćnosti u rješavanju problema 2° anoreksija nervosa. (18)*

Može se javiti i sestrinsko-medicinski problem: *"poremećen obrazac spolnosti (amenoreja) uslijed hormonskog disbalansa"* (18).

Moguće su i sestrinske dijagnoze: opstipacija, anksioznost, nesuradljivost, visok rizik za poremećaj termoregulacije, visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine, beznade (19).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Ciljevi su ovog istraživanja utvrditi postoje li razlike između prve i treće godine preddiplomskog studija sestrinstva u mišljenjima o anoreksiji nervozi, rizičnim čimbenicima za njen nastanak, o mogućnostima ranog otkrivanja i liječenja, o karakternim osobinama oboljelog od anoreksije nervoze te postoje li razlike u mišljenjima o bolesti i oboljelima između studenata koji osobno poznaju oboljelu osobu i onih koji se nikada nisu susreli s takvim bolesnicima.

3. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

3.1. Ustroj studije

Rad je ustrojen kao presječna studija (20), a proveden je u prostorima Medicinskog fakulteta u Osijeku.

3.2. Ispitanici

Za ispitivanje je predviđen uzorak od ukupno 94 ispitanika. Ispitanici su studenti prve i treće godine preddiplomskog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Osijek u akademskoj godini 2016./2017. Od 94 ispitanika 30 je studenata prve godine, a 64 studenta treće godine, neovisno o dobi i spolu ispitanika. U istraživanju je bilo voljno sudjelovati 85 ispitanika, od čega 27 s prve godine i 58 s treće godine preddiplomskog studija sestrinstva.

3.3. Metode istraživanja

Ispitivanje je provedeno u prostorima Medicinskog fakulteta Osijek. Metoda prikupljanja podataka bio je anketni upitnik. Upitnik je sastavljen od pitanja o dobi, spolu i godini preddiplomskog studija sestrinstva, devet pitanja višestrukog izbora o znanju o rizičnim čimbenicima, etiologiji, kliničkoj slici i liječenju anoreksije nervoze, jednog pitanja višestrukog izbora o tome poznaje li ispitanik osobu oboljelu od anoreksije nervoze ili ne, te deset tvrdnji koje su ispitanici ocjenjivali Likertovom skalom (20) ocjena 1 – 5, pri čemu ocjene znače sljedeće:

- 1 – uopće se ne slažem s izjavom
- 2 – djelomično se ne slažem s izjavom
- 3 – niti se slažem niti ne slažem s izjavom
- 4 – djelomično se slažem s izjavom
- 5 – u potpunosti se slažem s izjavom

Tvrdnje su se odnosile na karakterne osobine oboljele osobe koje su generalizirane i stereotipno uopćene te na ponašanje ispitanika prema oboljelome u doživljenoj ili imaginarnoj interakciji.

3.4. Statističke metode

Podaci su obrađeni u računalnom programu SPSS (inačica 2.2). Deskriptivno su kategorijske varijable prikazane pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija, a numerički pomoću aritmetičke sredine i standardne devijacije ukoliko je razdioba bila normalna. U protivnom su numerički podaci prikazani pomoću medijana i interkvartilnog raspona. Razlike među kategorijskim varijablama ispitane su pomoću χ^2 i Fisherovog egzaktnog testa, a razlike među numeričkim varijablama pomoću Mann Whitney U testa. Razina statističke značajnosti određena je s $p < 0,05$.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 14,12 % ispitanika muškog i 85,88 % ženskog spola ($p < 0,001$) prosječne dobi 22,5 godina sa standardnom devijacijom 4,41. Prema godini studija, 31,76 % ispitanika studenti su prve, a 68,24 % treće godine ($p < 0,001$) (tablica 1.).

Tablica 1. Prikaz općih podataka o ispitanicima

		n (%)	p*
Spol	Muški	12 (14,12)	<0,001
	Ženski	73 (85,88)	
Dob		22,59±4,41	
Godina studija	Prva	27 (31,76)	<0,001
	Treća	58 (68,24)	
*χ2 test			

4. REZULTATI

Najveći udio ispitanika smatra kako je gubitak tjelesne mase veći od 20 % potreban za dijagnosticiranje (49,4 %). Gotovo svi ispitanici smatraju da se dijagnoza anoreksije nervoze postavlja na osnovu podataka o gubitku težine (97,6 %) te da je pad tjelesne mase prvi simptom (81,2 %). Gotovo svi ispitanici (90,6 %) smatraju kako se češće javlja u žena (tablica 2.).

Tablica 2. Prikaz znanja o simptomatologiji, dijagnostici i rizičnim čimbenicima za nastanak anoreksije nervoze među ispitanicima

	n (%)	p*
1. Koliki postotak izgubljene tjelesne težine mislite da je bitan anamnestički podatak za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze?		
a) 5 %	1 (1,2)	<0,001
b) 10 %	8 (9,4)	
c) 15 %	24 (28,2)	
d) 20 %	42 (49,4)	
e) ne znam	10 (11,8)	
2. Mislite li da se dijagnoza anoreksije nervoze postavlja na osnovu samo podataka o gubitku težine?		
a) da	0 (0)	<0,001
b) ne, anoreksija je i psihički poremećaj	83 (97,6)	
c) ne znam	2 (2,4)	
3. Što mislite da je najčešće prvi simptom anoreksije?		
a) amenoreja	10 (11,8)	<0,001
b) pad tjelesne težine	69 (81,2)	
c) suha koža	1 (1,2)	
d) ne znam	5 (5,9)	
4. Mislite li da socioekonomski status utječe na pojavu anoreksije nervoze?		
a) da, češća je u siromašnijim zemljama	24 (28,2)	0,113
b) da, češća je u razvijenijim zemljama	27 (31,8)	
c) ne	22 (25,9)	
d) ne znam	12 (14,1)	
5. Mislite li da se anoreksija nervoza javlja češće u određena spola?		
a) da, češća je u muškaraca	2 (2,4)	<0,001
b) da, češća je u žena	77 (90,6)	
c) ne, javlja se podjednako kod oba spola	4 (4,7)	
d) ne znam	2 (2,4)	
* χ^2 test		

4. REZULTATI

Svi ispitanici smatraju kako anoreksija nervoza može biti životno ugrožavajuća po oboljele (100,0 %). Većina ispitanika smatra da se oboljeli uspijevaju u potpunosti izliječiti (69,4 %). Samo manji dio ispitanika poznaje oboljelu osobu (10,6 %) (tablica 3.).

Tablica 3. Prikaz znanja o kliničkoj slici, prognozi i liječenju anoreksije nervoze te (ne)poznavanju oboljelog

		n (%)	p*
6. Na koji način mislite da oboljeli od anoreksije nervoze mršave? (više točnih odgovora)			
	a) dijetama	45 (52,9)	<0,001
	b) izgladnjivanjem	81 (95,3)	
	c) prekomjernom tjelovježbom	60 (70,6)	
	d) a+b+c	1 (1,2)	
7. Mislite li da anoreksija nervoza može biti životno ugrožavajuća po oboljele?			
	a) da	85 (100,0)	<0,001
	b) ne	0 (0)	
	c) ne znam	0 (0)	
8. Mislite li da se oboljeli od anoreksije nervoze uspijevaju izliječiti?			
	a) da	22 (25,9)	<0,001
	b) neki uspijevaju, neki ne	59 (69,4)	
	c) ne, žive s bolešću	4 (4,7)	
	d) ne znam	0 (0)	
9. U liječenju anoreksije nervoze, koliko mislite da je bitna psihoterapija?			
	a) iznimno bitna	84 (98,8)	<0,001
	b) bitna, no bitnija je farmakoterapija	1 (1,2)	
	c) nebitna	0 (0)	
	d) ne znam	0 (0)	
10. Poznajete li osobu oboljelu od anoreksije nervoze?			
	a) poznajem	9 (10,6)	<0,001
	b) ne poznajem	76 (89,4)	
* χ^2 test			

4. REZULTATI

U usporedbi znanja o simptomima, dijagnostici i rizičnim čimbenicima za nastanak akoreksije nervoze između studenata prve i treće godine nisu pronađene statistički značajne razlike (tablica 4.).

Tablica 4. Usporedba znanja o simptomatologiji, dijagnostici i rizičnim čimbenicima za nastanak anoreksije nervoze među studentima prve i treće godine studija

		Prva godina	Treća godina	
		n (%)	n (%)	p*
1. Koliki postotak izgubljene tjelesne težine mislite da je bitan anamnestički podatak za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze?				
	a) 5 %	0 (0,0)	1 (1,7)	0,087
	b) 10 %	5 (18,5)	3 (5,2)	
	c) 15 %	10 (37,0)	14 (24,1)	
	d) 20 %	11 (40,7)	31 (53,4)	
	e) ne znam	1 (3,7)	9 (15,5)	
2. Mislite li da se dijagnoza anoreksije nervoze postavlja na osnovu samo podataka o gubitku težine?				
	a) da	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
	b) ne, anoreksija je i psihički poremećaj	27 (100,0)	56 (96,6)	
	c) ne znam	0 (0,0)	2 (3,4)	
3. Što mislite da je najčešće prvi simptom anoreksije?				
	a) amenoreja	3 (11,1)	7 (12,1)	0,097
	b) pad tjelesne težine	20 (74,1)	49 (84,5)	
	c) suha koža	0 (0,0)	1 (1,7)	
	d) ne znam	4 (14,8)	1 (1,7)	
4. Mislite li da socioekonomski status utječe na pojavu anoreksije nervoze?				
	a) da, češća je u siromašnijim zemljama	7 (25,9)	17 (29,3)	0,783
	b) da, češća je u razvijenijim zemljama	8 (29,6)	19 (32,8)	
	c) ne	9 (33,3)	13 (22,4)	
	d) ne znam	3 (11,1)	9 (15,5)	
5. Mislite li da se anoreksija nervoza javlja češće u određena spola?				
	a) da, češća je u muškaraca	1 (3,7)	1 (1,7)	0,485
	b) da, češća je u žena	23 (85,2)	54 (93,1)	
	c) ne, javlja se podjednako kod oba spola	2 (7,4)	2 (3,4)	
	d) ne znam	1 (3,7)	1 (1,7)	
*Fisherov egzaktni test				

4. REZULTATI

Između prve i treće godine nisu pronađene statistički značajne razlike u znanju o kliničkoj slici, prognozi i liječenju. Veći udio treće godine (12,1 %) poznaje oboljelog nego što je to slučaj s prvom godinom (7,4 %) (tablica 5.).

Tablica 5. Usporedba znanja o kliničkoj slici, prognozi i liječenju anoreksije nervoze među studentima prve i treće godine studija

	Prva godina	Treća godina	
	n (%)	n (%)	p*
6. Na koji način mislite da oboljeli od anoreksije nervoze mršave? (više točnih odgovora)			
a) dijetama	15 (55,6)	30 (51,7)	0,595
b) izgladnjivanjem	25 (92,6)	56 (96,6)	
c) prekomjernom tjelovježbom	18 (66,7)	42 (72,4)	
d) a+b+c	1 (3,7)	0 (0,0)	
7. Mislite li da anoreksija nervoza može biti životno ugrožavajuća po oboljele?			
a) da	27 (100,0)	58 (100,0)	>0,999
b) ne	0 (0,0)	0 (0,0)	
c) ne znam	0 (0,0)	0 (0,0)	
8. Mislite li da se oboljeli od anoreksije nervoze uspijevaju izliječiti?			
a) da	7 (25,9)	15 (25,9)	0,497
b) neki uspijevaju, neki ne	20 (74,1)	39 (67,2)	
c) ne, žive s bolešću	0 (0,0)	4 (6,9)	
d) ne znam	0 (0,0)	0 (0,0)	
9. U liječenju anoreksije nervoze, koliko mislite da je bitna psihoterapija?			
a) iznimno bitna	27 (100,0)	57 (98,3)	>0,999
b) bitna, no bitnija je farmakoterapija	0 (0,0)	1 (1,7)	
c) nebitna	0 (0,0)	0 (0,0)	
d) ne znam	0 (0,0)	0 (0,0)	
10. Poznajete li osobu oboljelu od anoreksije nervoze?			
a) poznajem	2 (7,4)	7 (12,1)	0,713
b) ne poznajem	25 (92,6)	51 (87,9)	
*Fisherov egzaktni test			

4. REZULTATI

Ispitanici koji poznaju oboljelog su najvećim dijelom odgovorili kako je anoreksija nervoza češća u razvijenijim zemljama (66,7 %). Između ispitanika koji poznaju oboljelog i ispitanika koji ne poznaju oboljelog nisu pronađene statistički značajne razlike u znanju o etiologiji, dijagnostici i rizičnim čimbenicima za nastanak anoreksije nervoze (tablica 6.).

Tablica 6. Usporedba znanja o simptomatologiji, dijagnostici i rizičnim čimbenicima za nastanak anoreksije nervoze ovisno o (ne)poznavanju oboljelog

		Poznavanje osobe s anoreksijom		
		Da	Ne	
		n (%)	n (%)	p*
1. Koliki postotak izgubljene tjelesne težine mislite da je bitan anamnestički podatak za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze?				
	a) 5 %	0 (0,0)	1 (1,3)	0,639
	b) 10 %	1 (11,1)	7 (9,2)	
	c) 15 %	1 (11,1)	23 (30,3)	
	d) 20 %	6 (66,7)	36 (47,4)	
	e) ne znam	1 (11,1)	9 (11,8)	
2. Mislite li da se dijagnoza anoreksije nervoze postavlja na osnovu samo podataka o gubitku težine?				
	a) da	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
	b) ne, anoreksija je i psihički poremećaj	9 (100,0)	74 (97,4)	
	c) ne znam	0 (0,0)	2 (2,6)	
3. Što mislite da je najčešće prvi simptom anoreksije?				
	a) amenoreja	1 (11,1)	9 (11,8)	>0,999
	b) pad tjelesne težine	8 (88,9)	61 (80,3)	
	c) suha koža	0 (0,0)	1 (1,3)	
	d) ne znam	0 (0,0)	5 (6,6)	
4. Mislite li da socioekonomski status utječe na pojavu anoreksije nervoze?				
	a) da, češća je u siromašnijim zemljama	1 (11,1)	23 (30,3)	0,167
	b) da, češća je u razvijenijim zemljama	6 (66,7)	21 (27,6)	
	c) ne	1 (11,1)	21 (27,6)	
	d) ne znam	1 (11,1)	11 (14,5)	
5. Mislite li da se anoreksija nervoza javlja češće u određena spola?				
	a) da, češća je u muškaraca	0 (0,0)	2 (2,6)	0,608
	b) da, češća je u žena	8 (88,9)	69 (90,8)	
	c) ne, javlja se podjednako kod oba spola	1 (11,1)	3 (3,9)	
	d) ne znam	0 (0,0)	2 (2,6)	
*Fisherov egzaktni test				

4. REZULTATI

Ispitanici koji poznaju oboljelog su u većem udjelu točno odgovorili kako se neki oboljeli uspijevaju izliječiti (88,9 %) od ispitanika koji oboljelog ne poznaju (67,1 %). Nisu pronađene statistički značajne razlike u znanju o kliničkoj slici, prognozi i liječenju anoreksije nervoze između ispitanika koji poznaju oboljelog i onih koji ne poznaju (tablica 7.)

Tablica 7. Usporedba znanja o kliničkoj slici, prognozi i liječenju anoreksije nervoze ovisno o (ne)poznavanju oboljelog

	Poznavanje osobe s anoreksijom		
	Da	Ne	
	n (%)	n (%)	p*
6. Na koji način mislite da oboljeli od anoreksije nervoze mršave? (više točnih odgovora)			
a) dijetama	0 (0,0)	4 (5,3)	>0,999
b) izgladnjivanjem	9 (100,0)	72 (94,7)	
c) prekomjernom tjelovježbom	7 (77,8)	53 (69,7)	
d) a+b+c	0 (0,0)	1 (1,3)	
7. Mislite li da anoreksija nervoza može biti životno ugrožavajuća po oboljele?			
a) da	9 (100,0)	76 (100,0)	>0,999
b) ne	0 (0)	0 (0)	
c) ne znam	0 (0)	0 (0)	
8. Mislite li da se oboljeli od anoreksije nervoze uspijevaju izliječiti?			
a) da	1 (11,1)	21 (27,6)	
b) neki uspijevaju, neki ne	8 (88,9)	51 (67,1)	
c) ne, žive s bolešću	0 (0,0)	4 (5,3)	
d) ne znam	0 (0)	0 (0)	
9. U liječenju anoreksije nervoze, koliko mislite da je bitna psihoterapija?			
a) iznimno bitna	9 (100,0)	75 (98,7)	>0,999
b) bitna, no bitnija je farmakoterapija	0 (0,0)	1 (1,3)	
c) nebitna	0 (0)	0 (0)	
d) ne znam	0 (0)	0 (0)	
*Fisherov egzaktni test			

4. REZULTATI

Tablica 8. Prikaz rezultata mišljenja o oboljelom od anoreksije nervoze za sve ispitanike

	$\mu \pm s.d.$	mdn (25 %-75 %)
Oboljeli od anoreksije su manje inteligencije.	1,31 \pm 0,72	1 (1-1)
Oboljeli od anoreksije su iznimno samosvjesni.	2,58 \pm 1,24	3 (1-3)
Oboljeli od anoreksije su predivni.	2,36 \pm 1,08	3 (1-3)
Oboljeli od anoreksije prekomjerno mršave samo kako bi privukli pažnju.	2,29 \pm 1,15	2 (1-3)
Oboljeli od anoreksije imaju nisko samopouzdanje.	4,33 \pm 0,95	5 (4-5)
Oboljeli od anoreksije nisu zapravo oboljeli, to je samo hir nametnut slikom ideala fizičkog izgleda u koju se osoba pokušava staviti.	1,92 \pm 1,16	1 (1-3)
Oboljeli od anoreksije bi mogli ozdraviti vrlo brzo, samo kada bi to željeli.	2,61 \pm 1,17	3 (2-3)
Oboljelog od anoreksije nervoze ne smatram ugodnim društvom te kada bih poznao takvu osobu ne bih ju bio voljan pozvati na kavu, večeru, u izlazak...	1,58 \pm 0,93	1 (1-2)
Oboljeli od anoreksije su najčešće pedantne osobe, perfekcionista, osobe koje teže savršenosti.	3,34 \pm 1,12	3 (3-4)
Oboljeli od anoreksije su najčešće osobe koje odrastaju/su odrasle u strogoj obitelji koja im je vršila pritisak kakve ocjene trebaju imati, kako se ponašati, kako izgledati...	3,27 \pm 1,02	3 (3-4)
μ - aritmetička sredina, s. d. - standardna devijacija, mdn - medijan		

4. REZULTATI

U mišljenjima o pacijentu oboljelom od anoreksije nervoze među studentima prve i treće godine nisu pronađene statistički značajne razlike (tablica 9.).

Tablica 9. Usporedba mišljenja o oboljelom među studentima prve i treće godine

	Prva godina		Treća godina		p*
	$\mu \pm s.d.$	mdn (25 %- 75 %)	$\mu \pm s.d.$	mdn (25 %- 75 %)	
Oboljeli od anoreksije su manje inteligencije.	1,19 \pm 0,48	1 (1-1)	1,37 \pm 0,81	1 (1-1)	0,699
Oboljeli od anoreksije su iznimno samosvjesni.	2,52 \pm 1,09	3 (2-3)	2,61 \pm 1,31	3 (1-4)	0,795
Oboljeli od anoreksije su predivni.	1,7 \pm 0,91	1 (1-2)	2,66 \pm 1,03	3 (2-3)	<0,001
Oboljeli od anoreksije prekomjerno mršave samo kako bi privukli pažnju.	2,04 \pm 0,9	2 (1-3)	2,41 \pm 1,23	2 (1-3)	0,216
Oboljeli od anoreksije imaju nisko samopouzdanje.	4,52 \pm 0,98	5 (4-5)	4,24 \pm 0,93	4 (4-5)	0,09
Oboljeli od anoreksije nisu zapravo oboljeli, to je samo hir nametnut slikom ideala fizičkog izgleda u koju se osoba pokušava staviti.	1,63 \pm 0,79	1 (1-2)	2,05 \pm 1,28	1 (1-3)	0,352
Oboljeli od anoreksije bi mogli ozdraviti vrlo brzo, samo kada bi to željeli.	2,48 \pm 1,05	3 (2-3)	2,67 \pm 1,22	3 (2-4)	0,467
Oboljelog od anoreksije nervoze ne smatram ugodnim društvom te kada bih poznavao takvu osobu ne bih ju bio voljan pozvati na kavu, večeru, u izlazak...	1,7 \pm 1,03	1 (1-3)	1,52 \pm 0,88	1 (1-2)	0,485
Oboljeli od anoreksije su najčešće pedantne osobe, perfekcionista, osobe koje teže savršenosti.	3,15 \pm 1,13	3 (2-4)	3,43 \pm 1,11	3 (3-4)	0,236
Oboljeli od anoreksije su najčešće osobe koje odrastaju/su odrasle u strogoj obitelji koja im je vršila pritisak kakve ocjene trebaju imati, kako se ponašati, kako izgledati...	3,19 \pm 0,88	3 (3-4)	3,31 \pm 1,08	3 (3-4)	0,509
μ - aritmetička sredina, s. d. - standardna devijacija, mdn - medijan, *Mann Whitney U test					

4. REZULTATI

U mišljenjima o pacijentu oboljelom od anoreksije nervoze među ispitanicima koji poznaju oboljelog i ispitanika koji ne poznaju nisu pronađene statistički značajne razlike (tablica 10).

Tablica 10. Usporedba mišljenja o oboljelom ovisno o (ne)poznavanju

	Poznaje oboljelog		Ne poznaje oboljelog		p*
	$\mu \pm s.d.$	mdn (25 % - 75 %)	$\mu \pm s.d.$	mdn (25 % - 75 %)	
Oboljeli od anoreksije su manje inteligencije.	1,22 \pm 0,44	1 (1-1)	1,29 \pm 0,69	1 (1-1)	0,898
Oboljeli od anoreksije su iznimno samosvjesni.	3,33 \pm 1,41	3 (3-5)	2,49 \pm 1,21	3 (1-3)	0,105
Oboljeli od anoreksije su predivni.	2,11 \pm 1,17	2 (1-3)	2,38 \pm 1,08	3 (1-3)	0,534
Oboljeli od anoreksije prekomjerno mršave samo kako bi privukli pažnju.	3 \pm 1,5	4 (2-4)	2,22 \pm 1,08	2 (1-3)	0,115
Oboljeli od anoreksije imaju nisko samopouzdanje.	4,11 \pm 1,76	5 (5-5)	4,37 \pm 0,81	5 (4-5)	0,471
Oboljeli od anoreksije nisu zapravo oboljeli, to je samo hir nametnut slikom ideala fizičkog izgleda u koju se osoba pokušava staviti.	2 \pm 1,41	1 (1-3)	1,89 \pm 1,14	1 (1-3)	0,977
Oboljeli od anoreksije bi mogli ozdraviti vrlo brzo, samo kada bi to željeli.	2,78 \pm 0,83	3 (3-3)	2,59 \pm 1,2	3 (1.5-3)	0,622
Oboljelog od anoreksije nervoze ne smatram ugodnim društvom te kada bih poznao takvu osobu ne bih ju bio voljan pozvati na kavu, večeru, u izlazak...	2 \pm 1,22	1 (1-3)	1,53 \pm 0,89	1 (1-2)	0,328
Oboljeli od anoreksije su najčešće pedantne osobe, perfekcionista, osobe koje teže savršenosti.	3,89 \pm 1,17	4 (3-5)	3,28 \pm 1,1	3 (3-4)	0,182
Oboljeli od anoreksije su najčešće osobe koje odrastaju/su odrasle u strogoj obitelji koja im je vršila pritisak kakve ocjene trebaju imati, kako se ponašati, kako izgledati...	3,67 \pm 1,12	3 (3-5)	3,22 \pm 1	3 (3-4)	0,38
μ - aritmetička sredina, s.d. - standardna devijacija, mdn - medijan, *Mann Whitney U test					

5. RASPRAVA

Ovim istraživanjem nastojalo se utvrditi mišljenje studenata sestrinstva prve i treće godine o oboljelima od anoreksije nervoze, kao i njihova znanja o rizičnim čimbenicima, dijagnostici, tijeku, kliničkoj slici i liječenju te bolesti. Naime, da bi osoba mogla oformiti stav i mišljenje o oboljelom od pojedine bolesti mora imati i određena znanja o samoj bolesti pa je stoga ispitivano prvo znanje. Obzirom da je strah od stigmatizacije i odbacivanja okoline najčešći razlog neodlaska liječniku, čemu pridonosi čak i dio zdravstvenih djelatnika u općim bolnicama svojim stavom da su oboljeli od anoreksije nervoze sami odgovorni za svoju bolest, jer su više upućeni u kulturološke, a manje u biološke i psihološke uzročnike bolesti, istraživanjem se nastojalo provjeriti mišljenja budućih prvostupnika sestrinstva o oboljelim pacijentima (21-23).

Najvećim udjelom (49,4 %) studenti smatraju kako je gubitak od 20% tjelesne težine bitan anamnestički podatak za postavljanje dijagnoze. Samo 28,2% ispitanika odgovorilo je na ovo pitanje točno, odnosno da je 15 % gubitka tjelesne težine bitan anamnestički podatak. Čak 97,6 % ispitanika odgovorilo je da se dijagnoza ne postavlja isključivo na osnovu gubitka težine što nam u samom početku ukazuje kako su pacijenti upućeni u multidimenzionalnost bolesti. Samo 11,8 % ispitanika navodi da se kao prvi simptom javlja amenoreja, a čak 81,2 % uvjeren je da se radi o padu tjelesne težine što nam ukazuje kako su studenti svjesni fizičkim manifestacijama bolesti više nego stanja koja prethode gubitku težine, a koja su posljedica hormonalne neravnoteže. Ispitanici su bili podijeljenog mišljenja kada se radi o povezanosti incidencije anoreksije nervoze i socioekonomskog statusa u društvu. Njih 31,8 % odgovorilo je točno, tj. da je anoreksija nervoza češća u razvijenijim zemljama, 28,2 % smatra da je češća u siromašnijim zemljama, 25,9 % mišljenja je da socioekonomski status ne utječe na javljanje bolesti, a preostalih 14 % izjasnilo se da ne zna. Taj nalaz ide u prilog novijim nalazima iz literature koji govori kako zapadnjački način života sve više prodiere u siromašnije zemlje (5). Što se tiče odnosa incidencije bolesti i spola, 90,6 % ispitanika odgovorilo je da je ona češća u žena što i jeste slučaj. Na pitanje o načinu na koji oboljeli mršave samo 27,1 % ispitanika odgovorilo je da mršave višestrukim načinom: dijetama, izgladnjivanjem i prekomjernom tjelovježbom, dok je ostatak ispitanika najčešće zaokruživao izgladnjivanje u kombinaciji s jednim od drugih predloženih odgovora. Svi ispitanici odgovorili su da anoreksija nervoza može biti životno ugrožavajuća bolest. 69,4 % ispitanika misli da se oboljeli mogu izliječiti, što je suprotno istraživanju prethodno provedenom u Irskoj na 171 zdravstvenom djelatniku

gdje su rezultati pokazali kako većina zdravstvenih djelatnika smatra poremećaje prehrane kroničnim bolestima s optimističnim stavom o dugoročnom držanju simptoma pod kontrolom (24). Čak 98,8 % smatra psihoterapiju iznimno bitnom u liječenju, dok je samo 1,2 % njih odgovorilo da je važnija farmakoterapija. Ispitanici su većinom točno odgovorili na šest od devet pitanja iz znanja (66,7 %) što je manje od očekivanog, ali ipak zadovoljavajuće. U usporedbi s jednim australskim istraživanjem provedenim na 15 zdravstvenih djelatnika raznih profila sa specijalizacijom ili godinama radnog iskustva s psihijatrijskim pacijentima, nema značajne razlike. Sami zdravstveni djelatnici iz prethodno navedenog istraživanja izrazili su nezadovoljstvo količinom znanja koju posjeduju obzirom da je rad s pacijentima s poremećajima prehrane izrazito kompleksan (25). Ranije spomenuto istraživanje provedeno na 171 zdravstvenom djelatniku u Irskoj pokazuje sličnu situaciju. Naime, ispitanici su na 6 pitanja odgovorili prosjekom od 4,2 točna odgovora, što je 70 % točne riješenosti. Kao i u ovoj studiji, gdje ispitanici u velikoj mjeri nisu znali koliki je postotak izgubljene težine bitan dijagnostički podatak, ispitanici irske studije također u velikoj mjeri nisu točno odgovorili na pitanje koliki indeks tjelesne mase je dijagnostički pokazatelj (24). U usporedbi s istraživanjem provedenim 2007. i 2008. godine u Izraelu u općoj populaciji na uzorku od 180 žena dobne skupine 45-65 godina i 180 djevojaka dobne skupine 15-25 godina, ispitanici ovog istraživanja pokazuju znatno veću količinu znanja nego ispitanici iste dobi izraelskog istraživanja. Naime, starija skupina ispitanica pokazala je veću količinu znanja o ozbiljnosti anoreksije nervoze u odnosu na mlađu skupinu koja je najčešće anoreksiju nervozu gledala pozitivno i opisivala kao oruđe za brži dolazak do poslovnog uspjeha i prihvaćenosti u društvu (26). Govoreći o općoj populaciji, jedna studija provedena na studentima preddiplomskog studija psihologije u gradu Silesiji u Poljskoj pokazala je kako od 66 ispitanih studenata samo 17 % posjeduje dostatne količine znanja o poremećajima prehrane (27).

Da poznaju barem jednu osobu oboljelu od te bolesti odgovorilo je 10,6 % ispitanika.

Među studentima prve i treće godine studija sestrinstva nema statistički značajne razlike u znanju o anoreksiji nervozu. Iako je mišljenje o povezanosti incidencije i socioekonomskog statusa poprilično podjednako podijeljeno na obje godine, treća je godina u nešto većem broju odgovorila da je ona češća u razvijenim zemljama (32,8 %), dok je prva godina najvećim dijelom odgovorila da socioekonomski status ne utječe na pojavnost (33,3 %). Ovo nije očekivana razlika u znanju ovih dviju godina, budući da je treća godina u trenutku ispitivanja već odslušala i najvećim dijelom položila kolegije psihijatrije i zdravstvene njege

psihijatrijskog bolesnika, zbog čega je i očekivano bolje znanje studenata treće godine. Ispitanici koji poznaju oboljelu osobu većinom su odgovorili (66,6 %) da se anoreksija nervoza češće javlja u razvijenijim zemljama, a ispitanici koji ne poznaju oboljelu osobu podijeljeno su odgovarali na ovo pitanje, no u najvećem postotku odgovorili su da je češća u siromašnijim zemljama (30,3 %).

Od osoba koje poznaju oboljelog, četiri od devet ispitanika odgovorilo je da oboljeli mršave i dijetama i izgladnjivanjem i prekomjernim vježbanjem što je 44,4 %, dok je takvog stava 19 od 76 ispitanika koji ne poznaju oboljelog, odnosno 25 %. Ispitanici koji poznaju oboljelog na pitanje uspijevaju li se oboljeli izliječiti u većem postotku (88,9 %) su odgovorili točno, u odnosu na ispitanike koji ne poznaju oboljelog (67,1 %). Navedeni podaci sugeriraju da su ispitanici koji poznaju oboljelog bolje upućeni u oblike ponašanja oboljelog i prognozu bolesti, ali na ovom uzorku to nije potvrđeno kao statistički značajno.

Stigmatizacija oboljelih nekoć je bila veći problem nego što je sada. Neka od prijašnjih istraživanja s kraja 20. i početka 21. stoljeća pokazivala su da je stigmatizacija i negativno mišljenje o oboljelima od anoreksije nervoze bilo prisutno u općoj populaciji otprilike podjednako kao i prema oboljelima od shizofrenije. Za istraživače je to bilo iznenađenje, a rezultat su protumačili vidljivim fizičkim aspektima anoreksije nervoze, odnosno manjom uočljivošću shizofrenije (29). U prijašnjim istraživanjima predrasude o oboljelima najčešće su se odnosile na izostanak snage volje oboljelog i ukazivanje na to da su oboljeli „čudni“, a ne na psihološke aspekte bolesti i pojavnost depresije i anksioznosti kao komorbidnih stanja. Novija istraživanja pokazuju kako su ovakva mišljenja i dalje prisutna u općoj populaciji, no u znatno manjoj mjeri nego što je to bilo prikazano u prošlim istraživanjima (21). Jedno istraživanje provedeno u SAD-u na 275 studenata pokazuje kako je i u modernom društvu prisutan velik rizik za stigmatizaciju oboljelih, obzirom da su mladi pod snažnim utjecajem medija koji ne prikazuju cjelovitu sliku poremećaja prehrane te je utvrđeno kako mnogi smatraju da su poremećaji prehrane vezani isključivo za žene i da se oboljeli mogu lako izliječiti ukoliko imaju potrebnu snagu volje. Također, u tom istraživanju uočeno je, iako je istraživanje bilo anonimno, da ispitanici češće daju odgovore koje smatraju društveno prihvatljivima, a ne ono što doista misle (30).

Ispitanici se najčešće uopće ne slažu s izjavama „Oboljeli od anoreksije su manje inteligencije.“ i „Oboljelog od anoreksije nervoze ne smatram ugodnim društvom te kada bih poznao takvu osobu ne bih je bio voljan pozvati na kavu, večeru, u izlazak...“. To sugerira da ispitanici ne stigmatiziraju oboljele kao neinteligentne. Činjenica da ispitanici izjavljuju

kako bi bili voljni imati oboljelog u svome društvu i ne bi ga odbacivali samo zbog njegove bolesti govori da njihovi stavovi ipak nisu stigmatizirajući što je pozitivna karakteristika ovih budućih zdravstvenih djelatnika. Također, ispitanici se u najvećoj mjeri uopće ne slažu s izjavom „Oboljeli od anoreksije nisu zapravo oboljeli, to je samo hir nametnut slikom ideala fizičkog izgleda u koju se osoba pokušava staviti.“, što nam govori kako su ispitanici upućeni u sve uzroke anoreksije nivoze, ne samo sociološke. Nasuprot tome, imamo istraživanje provedeno u SAD-u na 57 oboljelih od poremećaja prehrane i 220 ispitanika iz opće populacije koji ne boluju od takve bolesti, koje je pokazalo kako ispitanici koji ne boluju od nijednog poremećaja prehrane kao uzročnike bolesti najčešće navode društveni utjecaj i utjecaj medija (28). To nam pokazuje kako ispitanici ovog istraživanja posjeduju veću količinu znanja o uzrocima bolesti od opće populacije. Na izjavu „Oboljeli od anoreksije prekomjerno mršave samo kako bi privukli pažnju.“ najčešći je odgovor bio „Djelomično se ne slažem s izjavom.“. Na tvrdnje „Oboljeli od anoreksije su iznimno samosvjesni.“ i „Oboljeli od anoreksije su predivni.“ ispitanici su najčešće odgovarali „Niti se slažem niti ne slažem s izjavom.“. Ti odgovori upućuju na to da ispitanici u velikoj mjeri nisu znali kako bi ocijenili ponuđene tvrdnje ili još nemaju formirano mišljenje o istima. Odgovori na tvrdnje „Oboljeli od anoreksije su najčešće pedantne osobe, perfekcionista, osobe koje teže savršenosti“ i „Oboljeli od anoreksije su najčešće osobe koje odrastaju/su odrasle u strogoj obitelji koja im je vršila pritisak kakve ocjene trebaju imati, kako se ponašati, kako izgledati...“ bili su najčešće „Niti se slažem niti ne slažem s izjavom.“, a to govori da ispitanici nisu u potpunosti upućeni u etiologiju nastanka bolesti te da ne poznaju tip ličnosti koji je sklon razvijanju te bolesti. Zabrinjavajuće je što su ispitanici na tvrdnju „Oboljeli od anoreksije bi mogli ozdraviti vrlo brzo, samo kada bi to željeli.“ najčešće odgovarali „Niti se slažem niti ne slažem“, jer to govori o njihovom nedostatku znanja o ozbiljnosti ove bolesti i načinima liječenja iste, no to je u skladu s prethodno obrađenim rezultatima pitanja o znanju ispitanika o samoj bolesti. Mišljenja studenata općenito su se pokazala neopterećena predrasudama u najvećoj mjeri. Nasuprot tome imamo već prethodno spominjano irsko istraživanje provedeno na 171 zdravstvenom djelatniku gdje su rezultati pokazali kako ispitanici najčešće imaju negativne stavove prema oboljelima od poremećaja prehrane te verbaliziraju osjećaj neugode pri radu s njima (24).

Nisu pronađene statistički značajne razlike u mišljenjima studenata prve i treće godine sestrinstva. Ispod razine statističke značajnosti, na tvrdnju „Oboljeli od anoreksije su predivni“, prva godina najčešće je odgovarala „Uopće se ne slažem s ovom tvrdnjom.“ i

„Djelomično se ne slažem s ovom tvrdnjom.“, dok je treća godina najčešće odgovarala „Niti se slažem niti ne slažem.“. To sugerira da prva godina više gaji negativne osjećaje i odbojnost prema fizičkom izgledu oboljelog, dok je treća godina po tom pitanju neutralnija.

Nema statistički značajne razlike između studenata s obzirom na to poznaju li oboljelog ili ne. Ispod razine statističke značajnosti, postoje razlike u odgovoru na tvrdnju „Oboljeli od anoreksije su iznimno samosvjesni“, koju su osobe koje poznaju oboljelog ocjenjivale najčešće odgovorima 3, 4 i 5, dok su ispitanici koji ne poznaju takvog bolesnika češće odgovarali odgovorima 1, 2 i 3. Ovo nam govori da se oni koji poznaju takvog bolesnika manje slažu s ponuđenom tvrdnjom, a da su oni koji ga ne poznaju skloniji složiti se s ponuđenom tvrdnjom. To sugerira da su ispitanici koji ne poznaju oboljelog bolje upućeni u psihopatologiju te bolesti i prisutnu anksioznost, depresiju, obuzeto-prisilni poremećaj, kao i specifična ponašanja poput usmjerenosti na vlastito tijelo i stalnog nalaženje mana istome, ali nalaz nije statistički značajan. Također, postoji razlika u odgovorima na izjavu „Oboljeli od anoreksije prekomjerno mršave samo kako bi privukli pažnju“. Ispitanici koji poznaju oboljelu osobu najčešće su ocjenjivali ovu tvrdnju ocjenama 2, 3 i 4, dok su ispitanici koji ne poznaju oboljelog najčešće ocjenjivali ocjenama 1, 2 i 3. Nalaz sugerira da su ispitanici koji poznaju oboljelog podijeljeni u mišljenjima - neki se djelomično slažu, neki djelomično ne slažu, a neki se ne mogu niti složiti niti ne složiti s izjavom. Ispitanici koji ne poznaju oboljelu osobu skloniji su mišljenju da anoreksiju nervoze treba promatrati kao ozbiljan psihički poremećaj, a ne samo način privlačenja pažnje.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju rezultata istraživanja može se zaključiti:

1. Ni studenti prve ni studenti treće godine preddiplomskog studija sestrinstva ne posjeduju zavidnu količinu znanja o anoreksiji nervozi.
2. Činjenica da je treća godina odslušala kolegije psihijatrije i zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika ne predstavlja bitan čimbenik u njihovu znanju, što je suprotno od očekivanog.
3. Mišljenja studenata o oboljelima nisu opterećena predrasudama.
4. Nisu uočene razlike u mišljenjima o karakternim osobinama oboljelih između studenata prve i treće godine.
5. Nisu uočene razlike u mišljenjima o bolesti i oboljelima ovisno o tome poznaju li ispitanici oboljelu osobu ili ne.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Ciljevi su ovog istraživanja utvrditi postoje li razlike između prve i treće godine preddiplomskog studija sestrinstva u mišljenjima o anoreksiji nervozi, rizičnim čimbenicima za njen nastanak, o mogućnostima ranog otkrivanja i liječenja, o karakteristikama oboljelog te postoje li razlike u mišljenjima o bolesti i oboljelima između studenata koji osobno poznaju oboljelu osobu i onih koji se nikada nisu sreli s takvim bolesnicima.

Ustroj studije: Studija je ustrojena kao presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: Ispitivanju je podvrgnuto 85 studenata preddiplomskog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Osijek u akademskoj godini 2016./2017. (prva godina 27, treća godina 58). Ispitivanje je provedeno u prostorima Medicinskog fakulteta Osijek. Metoda prikupljanja podataka bio je anketni upitnik sastavljen od pitanja o dobi, spolu i godini preddiplomskog studija sestrinstva, devet pitanja višestrukog izbora o znanju o bolesti, jedno pitanje višestrukog izbora o tome poznaje li ispitanik oboljelu osobu, te deset tvrdnji koje su ispitanici ocjenjivali Likertovom skalom ocjena 1 - 5. Tvrdnje su se odnosile na karakterne osobine oboljele osobe koje su generalizirane i stereotipno uopćene te na ponašanje ispitanika prema oboljelome u doživljenoj ili imaginarnoj interakciji.

Rezultati: Devet pitanja o znanju ima prosječnu točnost riješenosti 66,67 % . Devet ispitanika izjavljuje kako poznaje oboljelog. Nisu pronađene statistički značajne razlike u znanju o bolesti u odnosu na godinu studija i podatak o poznavanju oboljele osobe. Također nisu uočene ni statistički značajne razlike u mišljenjima o samim oboljelima između studenata prve i treće godine, kao ni osoba koje poznaju oboljelu osobu u odnosu na osobe koje ne poznaju oboljelog.

Zaključak: Ukoliko sadašnji studenti, nakon završetka studija, budu radili s oboljelim od anoreksije nervoze, trebat će proći dodatnu edukaciju o toj bolesti, jer ne posjeduju dovoljno znanja o toj bolesti niti o obilježjima oboljelih. Mišljenja studenata nisu opterećena predrasudama.

Ključne riječi: anoreksija nervoza, istraživanje, medicinska sestra, medicinski tehničar, mišljenja, poremećaji prehrane, prvostupnik sestrinstva, psihijatrija, studenti, sestrinstvo

8. SUMMARY

Nursing student's opinions of people with anorexia nervosa

Objective: The aims of this study are to determine whether there are differences in opinions of anorexia nervosa, risk factors, early detection and treatment possibilities, character traits of a sufferer between second semester and sixth semester undergraduate nursing students, as well as differences between those that know an anorexia nervosa sufferer personally and those that have never met such a person.

Organisation of the study: The study is structured as a cross-sectional study.

Subjects and methods: 85 subjects, of which 27 subjects were second semester students and 58 were sixth semester undergraduate nursing students in the academic year of 2016/2017, were subjected to this study. The study was conducted on the premises of Medicinski fakultet Osijek. The chosen method was a questionnaire comprised of questions regarding the subject's age, sex and attending semester, nine multiple choice questions regarding knowledge concerning anorexia nervosa, one question regarding whether the subject knows a person suffering from anorexia nervosa personally, and ten claims which the subject graded on a Likert's scale of 1-5. These claims referred to stereotypical and generalized character traits of an anorexia nervosa sufferer as well as ones which referred to the subject's behaviour in previous or imaginary interaction with an anorexia nervosa sufferer.

Results: Nine questions regarding knowledge had the average accuracy of 66,67 %. 9 subjects claimed to know an anorexia nervosa sufferer. Significant statistical differences regarding knowledge of anorexia nervosa were not found, whether based on semester attendancy or knowing a sufferer or not. Significant statistical differences weren't found either in opinions of anorexia nervosa sufferers, based on semester attendancy, or whether the subjects know a sufferer personally or not.

Conclusion: If these students were about to work in contact with an anorexia nervosa sufferer once they finish college, they will have to undergo additional education since they do not possess adequate knowledge regarding the disease and sufferer's characteristics. The subjects showed prejudice-free opinions.

Key words: anorexia nervosa, eating disorders, study, nurse, nursing, nursing bachelor, opinions, psychiatry, students

9. LITERATURA

1. Filaković P, i sur. Psihijatrija. Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2014.
2. Hotujac LJ, i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
3. Davison GC, Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Naklada slap, Jastrebarsko, 2002.
4. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, i sur. Anorexia nervosa. Nature reviews: Disease primers. 2015;1:2-17 Dostupno na:
http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Eating_Disorders/Treasure_2015_Anorexia_nervosa.pdf Datum pristupa: 2. kolovoza 2017.
5. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assesment, and treatment. Lancet Psychiatry, 27. listopada 2015. Dostupno na:
http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Eating_Disorders/Lancet_Psychiatry_AN.pdf Datum pristupa: 2. kolovoza 2017.
6. Herpetz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, Schmidt U. ESCAP Expert Paper: New development in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa – A European perspective. Eur Child Adolesc Psychiatry, Springer, 2015. Dostupno na:
https://www.escap.eu/bestanden/Research/escap_expert_paper_july_2015.pdf Datum pristupa: 3. kolovoza 2017.
7. BodyMatters Australasia. DSM-V diagnostic criteria for eating disorders. Dostupno na:
http://bodymatters.com.au/wp-content/uploads/2015/01/DSM_V_Diagnostic_Criteria_for_Eating_Disorders.pdf Datum pristupa: 3. kolovoza 2017.
8. Taylor SA, Sindhu AI. Approaching the Patient with an Eating Disorder- Diagnostic Criteria for Eating Disorders- DSM V. PriMed 2015. Dostupno na: <http://www.primed.com/DigitalAssets/Shared%20Files/Spring%202015%20Syllabus%20Files/Annual-Southwest%202015/Eating%20Disorders%20Handout.pdf> Datum pristupa: 3. kolovoza 2017.
9. Asančaić S. Poremećaji hranjenja- anoreksija i bulimija. Filozofski fakultet Osijek, Osijek, 2015.

10. Marčinko D. Poremećaji hranjenja- od razumijevanja do liječenja. Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
11. Meštrović A. Poremećaji hranjenja. Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", Zagreb, 2014.
12. Karlsson GP. Anorexia nervosa- treatment expectations, outcome and satisfaction. *Orebro Studies in Medicine*. 2012;76, 119:27-33
13. Behiyat S. Treating Anorexia Nervosa through Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Catalyst*. 2012;7:41-49
14. Murray AI, Crawford K, McKenzie K, Murray GC. How to develop patient trust in anorexia treatment. *Nursing times*. 2011; Vol 107, No 3: 23-26
15. Nichola Davies. The role of the nurse in eating disorder recovery. *Independent Nurse*, 2017. Dostupno na: <http://www.independentnurse.co.uk/clinical-article/the-role-of-the-nurse-in-eating-disorder-recovery/152976/> Datum pristupa: 13. kolovoza 2017.
16. van Ommen J, Kars MC, van Eldvurg AA, van Meijel B. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18:2801-2808
17. Antunović M. Poremećaj nutritivno-metaboličkog obrasca zdravstvenog funkcioniranja kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski Fakultet Osijek. Osijek, Hrvatska, 2015.
18. Radočaj Ž, Piskač Đ, Lovrić R. Zdravstvena njega djeteta s poremećajem hranjenja- anoreksija neuroza. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola. XXV. seminar: Zbornik radova za medicinske sestre; Split, Hrvatska. Split, 2008. 195-202.
19. Horvat P. Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja- Anoreksija nervoza. Sveučilište Sjever, Odjel za Biomedicinske znanosti, Varaždin, 2016.
20. Marušić, M. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2008; 35-73.
21. Karas K. Public Perception of Anorexia Nervosa. *Theses and Dissertations*, 2014; 593 Dostupno na: <http://dc.uwm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1598&context=etd> Datum pristupa: 18. kolovoza 2017.

22. Fleming J, Szmukler G. Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1992;26(3):436-443
23. Dimitropoulos G, McCallum L, Colasanto M, Freeman VE, Gadalla T. The Effects of Stigma on Recovery Attitudes in People With Anorexia Nervosa in Intensive Treatment. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(5):370-380
24. McNicholas F, O'Connor C, O'Hara L, McNamara N. Stigma and treatment of eating disorders in Ireland: healthcare professionals' knowledge and attitudes. *Ir J Psychol Med*. 2015;00:1-11
25. Walker S, Lloyd C. Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. *Int J Ther Rehabil*. 2011;18(7):383-391
26. Korn L, Magnezi R. Knowledge and attitudes toward anorexia nervosa and self body image among young and older women in Israel. *Int Public Health Journal*. 2009;1(2):1-9
27. Czepczor K, Koscińska K, Brytek-Matera A. Students's awareness of and attitudes towards eating disorders: preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2016;1:48-54
28. Blodgett Salafia EH, Jones ME, Haugen EC, Shaefer MK. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *J Eat Disord*. 2015;3(32):1-10
29. Stewart MC, Schiavo RS, Herzog DB, Franko DL. Stereotypes, Prejudice and Discrimination of Women with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*. 2008;16:311-318
30. Wingfield N, Kelly n, Serdar K, Shivy VA, Mazzeo SE. College Students' Perception of Individuals with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Int J Eat Disord*. 2011;44(4):369-375

10. ŽIVOTOPIS

Kovačić Mihael

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Medicinski fakultet Osijek

Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Ulica Josipa Huttlera 4, 31000 Osijek

Datum i mjesto rođenja: 15. prosinca 1995. godine, Vinkovci

Adresa: Bana Josipa Jelačića 47, 32249 Tovarnik

Mobitel: +385 95 529 8079

E-mail: mihael_95@hotmail.com

Obrazovanje:

2002. – 2010. Osnovna škola Antuna Gustava Matoša Tovarnik

2010. – 2014. Zdravstvena i veterinarska škola dr. Andrije Štampara Vinkovci, smjer
fizioterapeutske tehnike/tehničarka

2014. – 2017. Medicinski fakultet Osijek, sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva